Aus der Medizinischen Klinik der Universität Breslau.
(Direktor: Geh. Med.-Rat. Prof. Dr. Minkowski.)

Das Türksche Krankheitsbild der lymphatischen Reaktion.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Felix Sandberg,
approb. Arzt.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Breslau 1920.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Minkowski.

In den letzten Jahrzehnten hat man von der lymphatischen Leukämie Krankheitsbilder abgrenzen können, bei denen sich wie bei der echten Leukämie Lymphdrüsenschwellungen, Milztumor und ein Blutbild vorfinden, das eine relative und absolute Vermehrung der Lymphozyten und unter ihnen zahlreiche pathologische und unreife Zellformen aufweist. Im Gegensatz zur stets tödlich verlaufenden lymphatischen Leukämie gehen diese Krankheitsformen, die oft unter dem Bilde der aleukämischen oder subleukämischen Lymphadenosen verlaufen, häufig in völlige Heilung über.

Türk, der sie zuerst beschrieb, nannte sie „lymphatische Reaktionen nach Infektionskrankheiten", da eine Infektion als auslösendes Moment in der Mehrzahl der Fälle nachgewiesen werden kann.

An der Hand der aus der Literatur bekannten Fälle lymphatischer Reaktionen wird auf die Anschauungen der einzelnen Beobachter eingegangen, unter denen besonders bemerkenswert die Auffassung Türks ist, der einen „mangelhaft reaktionsfähigen, verkümmerten Granulozytenapparat" und einen toxisch bedingten Reizzustand des lymphatischen Apparates annimmt.

Hieran schließt sich eine bisher noch nicht veröffentlichte, sehr charakteristische Beobachtung:

Es handelte sich um einen 14 jährigen Knaben, bei dem seit Januar 1920 eine unklare fieberhafte Erkrankung von grippeartigem Charakter bestand. Typhusverdacht bestätigte sich nicht.

Seit März Auftreten generalisierter Lymphdrüsenschwellung, Leber- und Milztumor.

19. März. Blutbild:	Leukozyten	26 800,
	Eosinophile	2 %,
	Neutrophile	8 %,
	Monozyten	4 %,
	Lymphozyten	84 %;

unter ihnen meist pathologische Formen mit tief basophilem Protoplasma (lymphoblastische oder lymphozytäre Plasmazellen).

Da auch zeitweise erhebliche Anämie (Erythrozyten 2300000) bestand, wurde lymphatische Leukämie im subleukämischen Stadium diagnostiziert.

6. Juli. Nach zeitweisem Rückgang aller Symptome erneute fieberhafte Erkrankung von grippeartigem Charakter mit Milz- und Leberschwellung. Nach wenigen Tagen wieder Wohlbefinden.

12. Juli. Hgbl. 76 %.	Erothrozyten	4 240 000,
	Leukozyten	12 000,
	Neutrophile	60 %,
	Monozyten	6 %,
	Lymphozyten	34 %;

keine pathologischen Formen.

Auch dieser Fall zeigt die erheblichen Schwierigkeiten der Abgrenzung der lymphatischen Reaktion von der lymphatischen Leukämie. Kaum ein Symptom, das die echte Leukämie charakterisiert, vermissen wir bei der lymphatischen Reaktion. Nicht nur die allgemeinen Drüsenschwellungen, der Milztumor, das pathologische Blutbild finden sich hier, es können auch die für die Leukämie charakteristische Anämie, ferner eine wenn auch nur andeutungsweise vorhandene hämorrhagische Diathese, wie aus vereinzelten Beobachtungen hervorgeht, das Krankheitsbild vervollständigen. In den weitaus meisten Fällen dürfte daher die Stellung der richtigen Diagnose nicht auf der Höhe des Krankheitsbildes, sondern erst nach seinem Übergang in Heilung sicher möglich sein.

Das von mehreren Autoren beschriebene und auch in dem hier wiedergegebenen Fall beobachtete Auftreten von Plasmazellen oder Zellformen, die ihnen morphologisch nahe stehen, dürfte wohl das einzige Kriterium sein, das sich mit Sicherheit bei der Differentialdiagnose zugunsten der lymphatischen Reaktion verwerten läßt. Bei der Genese des Krankheitsbildes scheint der Status thymicolymphaticus eine wesentliche Rolle zu spielen.